

基层适宜技术

牙周炎的诊断与治疗

牙周炎是由菌斑生物膜引发的牙周组织慢性感染性疾病，主要侵犯牙龈、牙周膜、牙槽骨和牙骨质等牙齿支持组织，其核心病理特征为牙周袋形成、附着丧失及牙槽骨吸收，最终可能导致牙齿松动脱落。

常见病因

牙周炎的发生发展是局部因素与全身因素共同作用的结果，其中菌斑生物膜是核心致病因素。在局部因素中，菌斑作为细菌性生物膜，无法通过清水漱口清除，其含有的牙龈卟啉单胞菌、伴放线聚集杆菌、福赛坦氏菌等致病菌，可能释放脂多糖、酶类等有害物质，诱发牙周组织免疫性炎症反应。牙结石是菌斑矿化形成的坚硬沉积物，分为龈上结石和龈下结石，不仅为细菌提供稳定植环境，还会直接机械刺激牙龈，加速炎症进展。此外，食物嵌塞、不良修复体、牙排列不齐、牙合创伤等局部刺激因素，可能加重菌斑滞留，进一步加剧牙周组织破坏。

全身因素主要通过降低宿主牙周组织抵抗力或改变免疫反应参与发病，包括：遗传因素，如特定HLA基因型（人类白细胞抗原基因）与牙周炎易感性相关，侵袭性牙周炎存在种族倾向；慢性病，如糖尿病患者牙周组织抵抗力下降，血糖控制不佳会显著增加牙周炎发病风险且加重病情，二者呈双向影响；行为因素，吸烟是牙周健康的“头号杀手”，尼古丁会收缩牙龈血管，降低免疫细胞活性，吸烟者患重度牙周炎的概率是不吸烟者的3倍-5倍；其他因素，如免疫功能缺陷、精神压力过大，以及维生素C、钙、锌等缺乏，也会降低牙周组织修复能力，增加患病风险。

临床特点

牙周炎病程进展缓慢，临床症状具有阶段性特征。早期牙周

炎多由牙龈炎发展而来，主要表现为牙龈红肿、质地松软，刷牙或进食时容易出血，龈沟液增多。此时，已经出现轻度牙周袋形成（深度≥3毫米）和少量附着丧失（≤2毫米），牙槽骨吸收局限于牙槽嵴顶，牙齿无松动，症状容易被忽视。

进展期牙周炎的炎症进一步向深层组织蔓延，牙周袋深度>6毫米，附着丧失>5毫米，牙槽骨吸收明显，可能出现水平型或垂直型吸收，X线检查结果可见牙槽嵴顶模糊、骨硬板消失。患者可能出现牙龈退缩、牙根暴露，伴口臭、咀嚼不适，一部分牙齿出现轻度松动。

晚期牙周炎以重度牙周组织破坏为特征，深牙周袋内可能出现溢脓，牙槽骨吸收达根长2/3以上，牙齿松动度明显（Ⅱ度~Ⅲ度），可能出现牙齿移位、咀嚼无力或疼痛，甚至发生急性牙周脓肿，同时可能伴有根分叉病变、牙周-牙髓联合病变、牙根敏感等并发症。

诊断思路

牙周炎的诊断需要遵循“病史采集—临床检查—辅助检查—鉴别诊断”的系统思路，核心是明确病变类型、严重程度、进展情况及全身影响因素，为治疗方案制定提供依据。

病史采集：详细询问口腔卫生习惯（刷牙方式、频率、牙线使用情况）、既往口腔病史（牙龈炎、洁治史、修复史）及症状特点（出血时间、口臭程度、牙齿松动情况）；同时关注全身病史（糖尿病、高血压病、免疫性疾病等）、吸烟史（吸烟年限、每天吸烟量）、遗传史及精神压力状况，明确全身危险因素对牙周炎的影响。

临床检查：视诊，观察牙龈颜色（红肿、暗红）、形态（肿胀、退缩）、质地（松软、糜烂），牙齿排

列、咬合关系及口腔卫生状况（牙龈斑、牙结石分布）；探诊，使用牙周探针测量牙周袋深度、附着丧失程度，记录探诊出血情况及溢脓与否，重点检查每个牙的近中、远中、颊侧、舌侧4个位点，附着丧失≥3毫米是区分牙周炎与牙龈炎的关键指标；叩诊与松动度检查，判断牙齿是否存在叩痛，采用器械检查牙齿松动程度（Ⅰ度~Ⅲ度）；牙合检查，评估是否存在牙合创伤、食物嵌塞等局部促进因素。

辅助检查：影像学检查，根尖片、曲面断层片可以清晰显示牙槽骨吸收部位、范围及程度，晚期患者可以进行口腔颌面锥形束CT（计算机层析成像）检查来评估骨缺损形态；实验室检查，血常规可以判断全身感染情况，对疑似全身疾病相关牙周炎患者，需要进行血糖、免疫功能等检查；微生物学检查，必要时进行涂片、培养或高通量测序检测致病菌，辅助诊断特殊类型牙周炎。

鉴别诊断：牙龈炎，仅有牙龈炎症，无附着丧失和牙槽骨吸收，牙周袋为假性牙周袋，治疗后可以完全恢复；牙髓炎，以自发性、温度刺激痛为主要症状，病变位于牙髓组织，无牙周袋形成，口腔检查多可见深龋；侵袭性牙周炎，发病年龄较小（<35岁），病情进展迅速，牙槽骨吸收呈典型垂直型，常伴特定致病菌感染；全身性疾病相关牙周病变，需要结合全身性疾病史及实验室检查，排除糖尿病、艾滋病等全身性疾病继发的牙周损害。

治疗方法

牙周炎治疗的核心目标是彻底清除菌斑、牙石等病原刺激物，消除牙龈炎症，控制牙周组织破坏，恢复牙周功能，预防复发。治疗需要遵循“基础治疗—手术治疗—修复治疗—维护期治疗”的阶梯式原则。

基础治疗：为所有牙周炎患者的首选治疗，贯穿治疗全过程。口腔卫生指导，帮助患者掌握巴氏刷牙法（刷毛与牙面呈45度角水平颤动后拂刷，每次≥3分钟，早晚各1次），配合牙线、牙间刷、冲牙器等辅助工具清洁牙间隙；龈上洁治术，利用超声波或手工器械去除牙龈上的菌斑、牙结石及色素沉着，是预防和治疗牙周炎的基础手段；龈下刮治术与根面平整术，使用精细器械深入牙周袋内，清除龈下菌斑、牙结石，并平整根面，消除细菌定植环境；消除局部促进因素，调磨过高的牙尖消除牙合创伤，修改或拆除不良修复体，治疗食物嵌塞；药物治疗，急性炎症或深牙周袋患者可以局部使用含漱液（氯己定）、局部上药（碘甘油），全身感染明显时可以短期口服抗生素（甲硝唑+阿莫西林），但是要严格遵循药敏试验结果。

手术治疗：适用于基础治疗后牙周袋深度>5毫米、附着丧失持续进展或存在骨缺损的患者。牙周翻瓣术，切开牙龈，翻瓣暴露牙周袋和牙槽骨，彻底清除袋内感染组织及根面牙石，必要时修整牙槽骨；引导性组织再生术，利用生物膜材料引导牙周膜干细胞增殖，促进牙周组织再生，修复骨缺损；牙周脓肿切开引流术，急性牙周脓肿需要及时切开患处排出脓液，缓解症状后再进行常规基础治疗；牙龈切除术，用于消除增生肥大的牙龈组织，恢复牙龈正常形态。

修复治疗：在牙周炎症控制效果稳定后进行，目的是恢复咀嚼功能、稳定松动牙齿。松牙固定，对Ⅰ度~Ⅱ度松动牙，采用牙周夹板固定，分散咬合力，促进牙周组织修复；缺失牙修复，对无法保留的松动牙拔除后，对种植牙、固定桥或活动义齿修复，避免

邻牙移位和牙周组织进一步受到损伤。

维护期治疗：预防复发的关键，包括定期复查（牙周炎患者每3个月~6个月复查1次，健康人群每年一两次），及时调整治疗方案；同时，督促患者戒烟、控制全身性疾病（如糖尿病），维持牙周健康状况。

预防措施

牙周炎的预防遵循三级预防原则，以一级预防为核心，结合二级预防、三级预防形成完整的防控体系。

一级预防：病因预防，核心是建立良好的口腔卫生习惯，包括科学刷牙，使用牙线等辅助清洁工具，减少菌斑滞留；控制危险因素，如戒烟限酒、合理饮食（减少高糖食物的摄入量，增加新鲜蔬菜、水果及乳制品的摄入量），积极治疗全身性疾病；开展口腔健康宣教工作，提升人们对牙周疾病的认知。

二级预防：早期发现与早期治疗，定期进行口腔检查（每年至少1次），对牙龈炎、早期牙周炎及时进行洁治等治疗，阻断病变进展；对高危人群（糖尿病患者、吸烟者、有家族史者）增加筛查频率，实现早诊断、早治疗。

三级预防：防止病情进一步发展，对中晚期牙周炎患者规范进行综合性治疗，控制炎症，保留功能牙；加强维护期管理，预防复发；对牙齿缺失患者及时进行修复，恢复咀嚼功能，提高生活质量。

牙周炎是多因素导致的慢性感染性疾病，其诊疗需要结合病因特点制定个体化治疗方案，核心是通过规范的诊断来明确病变程度，依托阶梯式治疗控制感染，同时强化预防与维护，实现牙齿健康的长期维持。

（文章由河南省卫生健康委基层卫生健康处提供）

每周一练

（医疗机构管理条例）

一、某著名专家是医疗事故技术鉴定专家库成员，在一起医疗事故鉴定案中，被随机抽取为专家鉴定组成员，但该专家以书面形式向医学会申请回避。能被医学会批准回避的理由是

- A. 本人不愿意  
B. 系当事人近亲属  
C. 单位不同意请假  
D. 家中有事  
E. 因公出差

二、5岁男孩李某，玩耍时将一小跳棋子误吸并卡于喉部，出现严重窒息。其父速将其送至邻居周某开设的中医诊所就诊。周某即刻用桌上的一把水果刀将男孩李某的气管切开，并用手伸入切口将棋子捅出。李某的生命虽然得救，但是伤口感染。经抗感染治疗后，伤口愈合，瘢痕形成，气管狭窄。周某的行为属于

A. 违规操作，构成医疗事故  
B. 非法行医，不属于医疗事故  
C. 超范围执业，构成医疗事故  
D. 超范围执业，不构成医疗事故  
E. 虽然造成不良后果，但是不属于医疗事故

三、卫生计生行政部门可以责令发生医疗事故的医务人员暂停执业活动的期限是

- A. 1个月以上3个月以下  
B. 6个月以上1年以下  
C. 1年以上3年以下  
D. 3个月以上6个月以下  
E. 1年以上18个月以下  
四、任何个人开展诊疗活动，必须依法取得

A. 设置医疗机构批准

书》

B. 设置医疗机构备案回执

C. 《医师执业证书》

D. 医疗机构执业许可证

E. 《医疗机构申请变更登记注册书》

五、《医疗机构管理条例》规定，医疗机构不得使用非卫生技术人员从事的工作为

- A. 医院后勤服务  
B. 医疗卫生技术  
C. 医院安全保卫  
D. 医院财务审计  
E. 医疗器械采购

六、医疗机构施行特殊治疗，无法取得患者同意又无家属或关系人在场，或者遇到其他特殊情况时，经治医师应当提出医疗处置方案，在取得

A. 病房负责人同意后实施

B. 科室负责人同意后实施

C. 医疗机构负责人或授权人员批准后实施

D. 医疗机构质监部门负责人批准后实施

E. 必须全科医师讨论通过后实施

七、《医疗机构管理条例》规定了医疗机构的执业规则，下列各项中哪一项在《医疗机构管理条例》中没有规定，但在《执业医师法》执业规则中有规定

- A. 必须承担预防工作  
B. 必须承担保健工作  
C. 必须承担卫生宣传教育工作  
D. 必须承担卫生行政部门交给的支援农村医疗卫生工作  
E. 必须承担卫生行政部门交给的指导基层医疗卫生工作

本期答案

一、B	二、E	三、D	四、B
五、B	六、C	七、C	

经验交流

经骶管滴液

治疗腰椎间盘突出症

□潘伟丽

腰椎间盘突出症是骨科、疼痛科的常见疾病，患者多为青壮年。急性期若未规范治疗，容易发展为慢性迁延型，严重影响工作和生活，给患者及家庭带来身心与经济的双重压力。因此，急性期治疗至关重要。

腰椎间盘突出症按部位可以分为中央型、旁突型、极外侧型，按程度分为膨出、突出、脱出。除了脱出及极外侧型压迫马尾神经需要手术外，多数患者可以保守治疗。骶管注射是常用的保守治疗手段，对急性根性疼痛效果显著，但是基层门诊应用中因医生操作不当、适应证把握不准等，常出现麻醉药物使用过量、椎管内感染等不良反应，甚至危及患者的生命安全。

为规避风险，笔者将骶管注射改为骶管滴液疗法，将药物加入生理盐水中点滴给药，因滴速慢、可调节，避免了颅内压升高，显著减少不良反应。

该疗法有明确的禁忌证：高血压病、糖尿病、心律失常、穿刺部位感染、腰椎结核、椎管内肿瘤、骨质疏松、椎体骨折、严重精神障碍患者禁用，女性要避开月经期。

操作步骤：患者俯卧（腹下垫枕），暴露腰骶部（标记骶管裂孔），消毒后用7号输液针头垂直刺入，有落空感后回抽无血及脑脊液，推注生理盐水无阻力后固定，去掉垫枕，连接200毫升配制药液进行滴注，2小时完成，拔针后用创可贴覆盖，患者平躺半小时后即可。需要注意，患者治疗后3天内不洗澡，每10天治疗1次，5次为1个疗程，避免使用容易引起过敏的药物。

治疗机制：椎管内液体形成压力松解神经根粘连，糖皮质激素消除炎症性水肿，局部麻醉药物阻断疼痛信号传递，营养神经药物恢复传导功能。该疗法能精准将药物递送至病变部位，操作简单、创伤小、安全性高、无药物依赖，不影响后续治疗，是基层医院及门诊治疗急性腰椎间盘突出症的实用有效技术。

（作者供职于陕西省铜川市王益区社区卫生服务中心）

征稿

本版旨在给基层医务人员提供较为基础的、实用的医学知识和技术，来稿应注重实践操作，介绍常见病和流行病的诊治、安全用药等；栏目包括《经验交流》《合理用药》《答疑解惑》《老药新用》等。

邮箱：5615865@qq.com

联系人：朱忱飞

电话：13783596707

本版治疗方法需要在专业医生指导下应用

镇静药物在失眠治疗中的利弊探析

□王喜革

失眠是指个体在入睡、维持睡眠或早醒后无法再次入睡等方面存在困难，导致白天精神萎靡、功能受损的状态。失眠不仅影响个体睡眠质量，还会对生活产生深远影响，患者常出现注意力不集中、记忆力减退、情绪不稳定等问题，甚至可能导致工作效率下降和人际关系紧张；长期失眠，还与心血管疾、糖尿病等慢性病的发生密切相关。值得注意的是，长期受失眠困扰还可能引发焦虑症、抑郁症等心理障碍，进一步加剧身心负担，这也是众多患者寻求药物干预的重要原因之一。随着信息化普及与生活质量提升，精神科门诊主动要求开具镇静药物的就诊者日益增多，但

是镇静药物的不规范使用也随之带来一系列问题。

镇静药物，主要分为苯二氮草类（如地西泮、劳拉西泮等）和非苯二氮草类（如唑吡坦、扎来普隆等）。前者可以增强大脑中抑制性神经递质γ-氨基丁酸的作用，获得镇静效果；后者则对特定受体机制促进睡眠，这两类药物均存在明确的“利”与“弊”。镇静药物的短期益处显著：当个体因突发生活事件、重大变故或短期焦虑引发严重失眠时，此类药物可以迅速起到关键作用，既能帮助个体快速入睡，打断“越想睡越睡不着”的恶性循环，也能提升睡眠质量，减少夜间多梦、易醒情况以保障基本休息，更能像“救生

圈”一样，在个体被失眠困扰时帮助其恢复日间精力与生活节奏。总之，在专科医生指导下短期规范使用镇静药物，是快速缓解失眠的有效工具。

但是，若缺乏管控、长期依赖，则可能引发一系列问题：成瘾性，长期服用同一种镇静药物容易使身体产生耐受性，需要不断增加剂量才能达到原有催眠效果，类似长期饮酒需要增加剂量才能产生体感的现象；依赖性，既包括身体依赖，更涉及心理依赖，个体容易形成“不吃药就睡不着”的认知定式，逐渐丧失自主入睡的信心；戒断反应，若突然停药，失眠症状往往比用药前更加严重，还可能伴随心慌、焦虑、出汗

等躯体不适，进一步加剧药物依赖的摆脱难度。

总之，镇静药物在失眠治疗中兼具短期益处与潜在风险，患者用药时需要严格遵循专科医生指导，明确药物种类、剂量、用药时间及疗程，同时结合非药物治疗方法制定个体化睡眠管理策略，以实现睡眠质量与生活质量的双重提升。常见的非药物治疗



本栏目由河南省卫生健康委药物政策与食品安全处指导

恙虫病的早期诊断与治疗方案

□潘静静 闫肃 李致远

外出游玩时，草丛中可能隐藏着“隐形刺客”——恙虫。被它叮咬可能引发恙虫病，若延误治疗时机，将存在一定健康风险。

恙虫病并非普通皮炎，而是由恙虫病东方体（革兰氏阴性球杆菌）引起的急性传染病，不具备人传人条件，唯一传播媒介是恙螨的幼虫，就是人们常说的恙虫。

从流行特点来看，恙虫病主要流行于亚洲太平洋地区，以东南亚较为多见，在我国主要流行于南方各省，尤其是东南沿海地区，河南省亦有病例发生。该病流行具有明显的季节性，南方省区多发生在夏季和秋季，集中在5

月~10月；北方省份则多见于秋季和冬季，发病高峰期于9月~12月。鼠类是主要传染源，不同地区优势鼠种存在差异，兔、猪、猫及家禽等也可能成为传染源，人作为传染源的概率极小。在传播途径上，仅恙螨幼虫阶段会叮咬宿主传播病原体。因此，控制恙螨滋生与叮咬是预防该病的关键，其传播链条为：老鼠（主要宿主）→恙螨（叮咬老鼠后感染）→人（被带病恙螨幼虫叮咬）→发病。人类对恙虫病普遍易感，患者多以青壮年为主，感染后免疫期仅持续数月，可能因感染不同毒株再次发病。

恙虫病的典型症状可以概括为“三联征”（焦痂、高热、皮疹），发病过程具有明显的阶段性特征。潜伏期，一般为4天~20天，多数为10天~14天，此阶段无任何临床症状。发病早期起病急骤，多无前驱症状，核心表现为高热，体温可在一两天内快速升至39摄氏度以上，常伴寒战、头痛、全身酸痛、乏力、食欲不振，且面部及眼结膜充血，症状类似醉酒。值得注意的是，此阶段特征性焦痂可能已经出现，但是因位置隐蔽容易被忽略。疾病进展至典型阶段，焦痂与溃疡可为具有诊断价值的体征：恙螨幼虫叮咬部位先出现红色丘疹，继而形成水泡，后续逐渐坏死、出血，最终形成黑色圆形或椭圆形焦痂，直径0.5厘米~1.5厘米，边缘隆起且周围有红晕，不痛不痒，痂皮脱落形成小溃疡，多见于腹股沟、腋窝、腰部、会阴部等隐蔽潮湿部位，极易漏检，且焦痂附近常伴有局部淋巴结肿大、疼痛。皮疹多

在发热后4天~8天出现，以暗红色斑丘疹为主，压之褪色，严重者可能呈现出出血性皮疹，先出现在躯干，后蔓延至四肢，面部、手掌及脚底极少累及，可以持续数天至一周后消退，消退后无脱屑或仅留浅色痕迹。病情严重时，病原体可能侵犯多器官系统，引发肺炎、心肌炎、脑膜炎、肝脾肿大、胃肠道出血等并发症。需要强调的是，多西环素等抗生素是恙虫病的特效药，早期治疗效果显著，可以快速退热。

恙虫病的预防与治疗，需要兼顾防护措施与早期干预。需要特别注意的是，户外工作者（如林业人员、地质勘探员、环卫工人）及经常参与露营、徒步、钓鱼等户外活动的群体是恙虫病高发群体。这类人群需要强化防护意识，除常规防护措施外，建议随身携带便携式驱虫喷雾，定时补涂。家庭环境防护不可忽视，应及时清理庭院内的杂草、落叶和积水，减少恙螨滋生

环境，避免宠物携带恙螨进入室内。在预防层面，应尽量避免在草丛、灌木丛中坐卧或晾晒衣物；野外活动时需要穿戴长袖衣裤，束紧袖口与裤脚，并涂抹驱虫剂；野外活动后需要及时洗澡，重点擦洗腋窝、腹股沟等皮肤褶皱部位。在诊疗层面，若在流行地区（如丘陵、丛林地区）、流行季节有户外活动史者出现不明原因高热，需要仔细检查全身是否存在焦痂，应立即就医并主动告知医生暴露史。“野外活动史+高热+特征性焦痂”是快速识别恙虫病的核心要点，临床医生需要重点询问流行病学史。

《恙虫防治歌》：野外玩，要当心，恙虫刺客会偷亲。不坐卧，不久留，长衣长裤驱虫剂，要检查，要清洁，隐蔽部位别放弃。高烧起，看全身，焦痂溃疡最特异。早治疗，好得快，莫乱用药莫大意。

（作者供职于河南省疾病预防控制中心）



河南疾控CDC